

# 当会に入会ご希望の方は

NPO法人奈良県腎友会への入会にご希望の方は、下記、入会申込書に必要事項をご記入の上、あなたが透析を行っている病院・施設の当会幹事までお渡し下さい。

あなたの病院に当会の幹事がいない場合は、申し訳ございませんが下記のところまで、連絡頂くか郵送をお願いします。後日、事務局の方より連絡させていただきます。

〒630-8001 奈良市法華寺町265-8白樺ハイツ大宮Ⅱ-107

NPO法人奈良県腎友会 事務局  
電話 0742-55-2554



----- きりとり線 -----

入 会 申 込 書	フリガナ		性別	会員番号	※	
	名 前		男	生年月日	T S H 年 月 日	
			女	透析開始年月日	T S H 年 月 日	
	フリガナ				入会年月日	
	住 所	〒				血液型
	電話番号 (自宅)	( )	緊急連絡先 (TEL)	( )		
職 業	病院名 (この欄は必ず鉛筆でお書き下さい)					
(備 考) かい書ではっきりとご記入下さい。 ※は事務局で記入します。	NPO法人奈良県腎友会					